41e Année. — N° 44 Vendredi 2 Novembre 1894

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

ygiène : Sur l'usage de la bicyclette. par le Dr Verchère, 689. — **Revue de la presse** : Néphrite consécutive aux frictions naphtholées, 692. — **Académie de médecine** : *Séance du 30 octobre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Statue de Claude Bernard, 693. — Syphilis et paralysie générale, 693. — Des accidents de la chloroformisation, 693. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 26 octobre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, 694. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 27 octobre* 1894. — Présidence de M. Christian. — Déclaration des maladies contagieuses, 695. — Souscription Lafitte, 695. — Sérumthérapie, 695. — **Premier Congrès français de médecine interne**, tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain. — *Séance du 25 octobre à 10 h. 1/2.* — Contribution au traitement de la pleurésie et de la péricardite sèches par un procédé nouveau, 697. — Thermométrie clinique complétée 697. — *3e séance à 2 heures du soir.* — Etiologie et pathogénie du diabète. 698. — **Société de chirurgie** : *Séance du 31 octobre.* — Présidence de M. Lucas-Championnière — Du traitement de l'anus contre nature. 699. — Des adhérences hépato-stomacales, 699. — Rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cæcale. Résection du cæcum ; entérorrhaphie ; guérison, 699. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Nouveau procédé opératoire de gastrostomie, 699. — Rupture musculaire du moyen adducteur. Suture en étage du muscle, 700. — Fracture de jambe vicieusement consolidée. Résection. Greffe osseuse. Guérison, 700. — Tumeur mixte sacro-coccygienne de 530 gr. adhérente au sacrum et au coccyx. Résection. Ablation. Guérison, 700. — Péritonite tuberculeuse opérée il y a trois ans. Nouvelle laparotomie permettant de constater la persistance de la guérison de la péritonite pour occlusions intestinales. Guérison, 700. — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle** : *Séance du 24 octobre* 1894. — Présidence de M. Pinard. — La bicyclette au point de vue de l'hygiène, 700. — **Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.** — *Séance du 10 octobre.* — Présidence de M. le Dr Verchère, 701. — **Variétés** : La statue de Claude Bernard, 702 — **Nouvelles**, 702.

HYGIÈNE

Sur l'usage de la bicyclette (1),

Par le Dr Verchère.

Depuis déjà quelques mois et dans d'autres enceintes, la question de la bicyclette a été mise à l'ordre du jour à plusieurs reprises. Des lances ont été rompues pour et contre l'instrument qui fait des enthousiastes et qui suscite des adversaires. Si je me permets de prendre la parole, c'est d'abord que notre secrétaire général a eu l'excellente idée de demander aux *expérimentés* de la bicyclette de venir donner leur avis sur un exercice dont ils auraient pu, par *eux-mêmes*, apprécier le charme et l'utilité, et ensuite que la discussion me semble avoir été engagée d'une façon étrange dans les Assemblées ou Associations scientifiques aussi bien que dans les articles de la Presse médicale.

On est, au début, parti en guerre contre la bicyclette parce qu'elle avait aggravé des affections graves chez des malades qui s'étaient abandonnés à ses charmes. L.-H. Petit nous a cité des cas de morts subites chez des cardiaques, et M. Verneuil, un mal de Pott lombaire chez un tuberculeux. Mais nous ne sommes pas tous cardiaques heureusement, nous ne sommes pas tous prédisposés au mal de Pott, et je ne crois pas qu'il faille juger la bicyclette d'après l'influence qu'elle peut avoir sur des malades, mais bien sur son rôle dans la vie de gens bien portants, qui sont, je le répète, fort heureusement, la majorité de la population.

Il y a donc nécessité, si l'on veut connaître de la question, de considérer la bicyclette pour la juger dans ses effets suivant le bicycliste, suivant que l'on a affaire à un individu sain ou à un malade.

Un individu sain montant à bicyclette s'expose-t-il à tous les maux que M. L.-H. Petit a si compendieusement énumérés contre la bicyclette ?

Examinons en premier lieu ceux qui font excès de la bicyclette, ceux dont a parlé notre confrère le Dr Damain, *les excessifs*, *les professionnels*. Chez eux devraient se rencontrer au suprême degré les méfaits de la bicyclette, si les attaques contre l'instrument moderne étaient légitimes. Or, que voyons-nous? Notre confrère de Bordeaux examine Stéphane après une course surprenante, il trouve la respiration et le cœur normaux. Citerai-je un coureur (je ne veux pas le nommer) qui après une course de 1.000 kilomètres possédait et démontra qu'il possédait toutes ses qualités d'époux ? A-t-on, chez aucun de ces hommes, disons de ces acrobates de la bicyclette, noté le moindre inconvénient, le moindre cœur forcé, la moindre lésion digne d'attention. Je ne veux pas insister sur cette classe de bicyclistes, notre confrère vient de vous en parler. Je ne dirai qu'une chose, c'est que lorsque l'on se rend sur un des nombreux vélodromes existant, on peut constater que la grande majorité des coureurs est constituée par de superbes gaillards, vigoureux et musclés, solidement charpentés. Ce sont des hommes et non, comme les jockeys, des êtres chétifs et amaigris sur des chevaux *de forme* apocalyptique.

Regardons aussi les femmes professionnelles ; aucune

(1) Discussion à la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle. (Séance du 24 octobre 1894.)

d'elles n'a encore semblé se plaindre de la bicyclette, mais elles sont peu nombreuses et je me réserve de parler de la bicycliste en dehors des professionnelles.

Je sais bien que l'on va m'objecter que ces professionnelles sont des sujets entraînés. Aussi, je le répète, je ne veux pas m'y arrêter et me contenterai de dire que ce ne sont pas les professionnels qui doivent nous servir d'exemples, qu'au point de vue de l'hygiène ils ne peuvent nous servir d'argument, pas plus que le jockey ne peut être à citer pour attaquer ou défendre l'équitation.

Prenons l'*amateur*, comme on dit en terme de cyclisme.

L'amateur bien constitué s'entend, l'amateur non malade, s'il sait conserver des allures que je dirai normales, ne *s'est jamais que bien trouvé* de la bicyclette.

M. le secrétaire général nous a prié de donner des exemples personnels. Je vais vous parler de moi, vous donner mon observation, résumant une véritable expérience.

En 1870, j'étais un véloceman alerte et plus jeune (il y a vingt-quatre ans!!). J'avais la lourde et primitive machine de Michaux, qui a maintenant sa statue à Barle-Duc. Pendant vingt-quatre ans, je suis resté sans toucher une pédale, je n'avais jamais essayé les nouveaux modèles, je faisais de l'équitation, de l'escrime, mais pas de bicyclette. Or, au mois de juillet dernier, je montai pour la première fois à bicyclette, à Orléans, à 7 heures du matin et j'en descendis 12 kilomètres avant Vierzon, six heures après, c'est-à-dire que, pour mes débuts, j'avais fait 74 à 75 kilomètres, n'ayant pris qu'une heure de repos après le 38e kilomètre.

Je n'avais eu d'autre soutien et d'autre stimulant que deux petits verres à liqueur d'un mélange d'élixir de coca et de caféine que l'on pourrait appeler l'*Elixir de longue route*; je n'avais pas d'entrainement, je ne suis plus jeune et n'ai plus mes artères, ni mon cœur tels qu'ils étaient, il y a vingt ans, et cependant dès mon arrivée, une douche froide et une courte séance de massage firent rapidement disparaître la raideur des membres inférieurs, la sensation de tremblement que j'ai éprouvée lorsque je descendis de machine. Une demi-heure plus tard, je déjeunais du meilleur appétit et de la journée ne me ressentis nullement de ma course matinale. N'est-ce pas là une *expérience* qui peut avoir sa valeur. J'avais, il est vrai, fait la route à une vitesse modérée, mais elle avait été longue, et je le répète, je n'avais pas d'entraînement. Du côté du cœur, du poumon, aucun trouble, ni palpitation, ni essoufflement. Dès le lendemain, je remontai sur ma machine, j'étais partisan convaincu et *expérimenté* de la bicyclette.

Depuis j'ai refait ce même trajet; pendant les vacances dernières, j'en ai fait d'autres plus ou moins longs, plus ou moins rapides, je n'en ai jamais ressenti d'inconvénient, et je doute qu'un trépas subit me guette au saut de ma selle.

Je dois cependant ajouter que, d'une manière générale, il ne faut pas *exagérer ce que l'on peut faire*; suivant la résistance individuelle, suivant les difficultés de la route, il faut ou se modérer ou se permettre des libertés de vitesse. Il est, en effet, un danger de la bicyclette, et celui-là je l'ai éprouvé comme tout le monde. C'est l'excès. L'instrument est si docile, si souple, il obéit avec tant de grâce à vos désirs, à vos caprices, qu'à certains moments, malgré soi, on sent qu'il gagne à la main; on le pousse, il comprend, on lui communique le désir, le besoin d'aller plus vite, toujours plus vite; c'est l'*emballement*, c'est le délire de la vitesse. Il faut savoir ne pas obéir à ce désir de vouloir dévorer l'espace, savoir se contenter d'une belle et bonne vitesse de *routier* tranquille, que sans danger tout homme sain peut tenir pendant des heures, sans fatigue et sans péril.

On a dit que la bicyclette pouvait donner des congestions du côté des organes du petit bassin. Notre confrère Damain a parlé de certains troubles du côté des organes génito urinaires, et a donné le moyen d'y remédier. Je n'y reviens pas. On a dit que les hémorrhoïdes seraient un privilège des bicyclistes. Disons tout de suite qu'elles sont un des attributs de l'arthritique et de l'arthritique assis. Rien donc d'étonnant à ce qu'elles apparaissent lorsque l'on est à bicyclette. Mais n'en est-il pas de même chez les cavaliers et cependant il n'est venu à l'idée de personne dinterdire l'équitation à tout individu sain, sous prétexte que son tempérament l'expose à avoir des hémorrhoïdes.

On a dit aussi que la bicyclette déterminait des congestions du côté de la prostate et on a de suite indiqué la pression du pommeau de la selle comme une des raisons de cette congestion : faites en sorte que le pommeau de la selle n'appuie pas contre le *périnée* et la congestion ne se fera pas.

Ceci revient à dire qu'il faut avoir à bicyclette une position non nuisible. C'est dire qu'il faut être assis sur sa bicyclette, qu'il faut prendre point d'appui sur les ischions et non sur le périnée, ce qui est facile. La position du coureur n'est pas obligatoire, pas plus qu'au cavalier la position du jockey.

Ayez une bonne et large selle, tenez-vous bien assis, si vous vous penchez légèrement en avant, que ce soit les lombes qui se fléchissent et non le siège qui s'incline. Le bassin doit être horizontal. On évitera ainsi toute contusion du périnée et on demandera au siège de remplir les fonctions qu'il doit remplir, c'est-à-dire de soutenir le poids du corps dans la situation assise. Ce sont les lombes qui seront chargées d'amortir les chocs et les muscles lombaires seront forcés de travailler pour maintenir et amortir les trépidations.

Cette position à bicyclette m'entraîne à parler tout de suite de l'influence de la bicyclette pour la femme.

La selle est le seul obstacle, dit-on, à l'usage de la bicyclette pour la femme. On lui reproche de congestionner le petit bassin. On lui reproche de donner aux

femmes des sensations voluptueuses, répétées et épuisantes.

Pour répondre à l'un et à l'autre reproche, la *situation à bicyclette* devra être la même pour la femme que pour l'homme, c'est-à-dire qu'elle devra être assise sur les ischions et non à califourchon sur le périnée. Si la femme est bien assise, si elle est d'aplomb, si le bassin est bien horizontal, les lombes même fléchies, nous n'avons pas à craindre de congestion du petit bassin chez elle plus que chez l'homme.

Quant aux sensations voluptueuses, à la masturbation bi-crurale, qu'on a tant reprochée aux bicyclistes féminines, je veux, pour répondre, distinguer les femmes qui veulent se masturber et celles qui ne recherchent pas ces satisfactions contre nature.

Il est évident que la bicyclette, comme la machine à coudre, donne à la femme, *qui le désire*, l'occasion de satisfaire ses caprices génitaux. Je connais une jeune dame, bicycliste, d'autant plus convaincue, qui m'a avoué s'offrir à volonté sur sa bicyclette deux ou trois séances à intervalles voulus de masturbation complète. Il est vrai qu'elle m'avoua aussi que, sans la bicyclette elle avait d'autres procédés qui la remplaçaient. Il ne faut donc pas accuser la bicyclette, mais bien la bicycliste. Je connais aussi une fort honnête dame qui n peut traverser la place du Carrousel (si mal pavée) dans l'omnibus Batignolles-Clichy-Odéon sans éprouver l'orgasme vénérien. S'ensuit-il que l'on doive interdire l'omnibus à toutes les femmes?

Le mouvement indépendant des cuisses, physiologiquement, n'amène aucun frottement du côté de la vulve et la femme pourra exécuter le mouvement de flexion et d'extension de la cuisse aussi rapide qu'elle le voudra sans que les deux grandes lèvres subissent le moindre frottement réciproque. Tout le mouvement se fait au niveau des plis génito-cruraux : la région placée et *fixée* entre les branches ischio-pubiennes est immobile, fixe, indépendante, et, *sans la volonté du sujet*, aucun mouvement ne se transmet aux replis vulvaires.

S'il y a masturbation, c'est qu'il y a volonté de la femme, c'est qu'il y a manœuvre de celle-ci soit en se penchant en avant sur le pommeau de la selle, de façon à ce que la vulve vienne se frictionner sur ce pommeau, soit qu'elle serre les cuisses pour actionner l'une contre l'autre les grandes lèvres et transmettre ainsi le mouvement aux petites lèvres et au clitoris.

Je me résume. Pour l'homme sain en bonne santé, comme pour la femme, la bicyclette est innocente des méfaits qu'on lui a reprochés, sous condition que suivant la résistance du sujet, suivant son âge, suivant son entrainement, il ne se laisse pas entraîner à devenir un coureur irréfléchi ; sous condition qu'il se tienne bien en selle, sur une selle bien appropriée et pour la femme qu'elle ne se laisse pas entraîner à profiter de cette situation, pour se procurer des satisfactions qu'elle ne doit pas rechercher.

J'arrive à la deuxième classe de bicyclistes. Je veux parler des malades. Il n'est pas douteux qu'il est certaines affections qui doivent contr'indiquer l'usage de la bicyclette. Mais ce n'est pas la seule bicyclette qui jouit de ce privilège d'être interdite aux malades.

Tout exercice qui demande une suractivité des organes cardio-pulmonaires, un effort soutenu, sera nécessairement interdit à tout individu porteur d'une lésion cardiaque ou d'une lésion pulmonaire. Vous ne permettrez pas plus la marche prolongée, la course, le saut que vous ne permettrez la bicyclette. Chez un athéromateux, chez un vieillard, vous interdirez l'ascension des hautes montagnes et vous avez raison, de même que vous interdirez la bicyclette. Et tous les cas qui ont été publiés rentrent dans cet ordre d'idée.

Les accidents qui se sont produits, qu'a rapportés L. H. Petit, sont tous de cet ordre, et la bicyclette n'en doit pas être rendue responsable.

J'ajouterai que le nombre des accidents que l'on signale, étant donné le nombre considérable de bicyclistes, est bien minime. L'attrait de cet exercice est le seul coupable ; la facilité, le charme de la Reine des routes, entraîne à la pratiquer des gens qui se refuseraient à tenter tout autre exercice. De plus ces accidents ne se seraient-ils pas produits sans la bicyclette. Est-ce bien elle que l'on incrimine légitimement?

On a signalé nombre de cas de morts subites chez des gens tranquillement assis dans leur fauteuil, tout comme L. H. Petit en a signalé à bicyclette, et jamais on n'a pensé à dire que les fauteuils était un séjour dangereux et défendu aux cardiaques, ni aux athéromateux.

On a fait grand bruit d'une fausse couche survenue en bicyclette. Cela ne nous étonne guère, et je ne crois pas qu'il faille *recommander* aux femmes enceintes l'usage de la bicyclette. Il est vrai que certaines fausses couches se produisent avec une telle facilité (et même spontanément) qu'il serait encore possible d'admettre à la rigueur que celle-ci n'a été qu'une simple coïncidence.

Il me resterait à parler des affections périutérines dans leurs rapports avec la bicyclette. Certains de nos confrères ont voulu admettre une influence favorable de la bicyclette. Je crois que c'est exagéré. Ce que l'on peut seulement dire, c'est que la bicyclette, par elle-même, ne peut produire ces affections si elles n'existent pas.

Parlerai-je des accidents, des traumatismes dus aux chutes. Ici je suis bien à mon aise comme chirurgien, et je dirai que tout exercice physique expose à des traumatismes, la marche expose aux entorses et aux fractures du péroné, l'équitation aux fractures des jambes et aux fractures du crâne ; les simples voyages en chemin de fer exposent à des accidents beaucoup plus redoutables encore.

Rester soigneusement enfermé, enveloppé de coton et mollement étendu est le seul moyen de ne pas se blesser et encore il n'est pas sûr que la maison ne s'é-

croulera pas, que le feu ne nous incendiera pas, que le ciel de lit ne nous fracturera pas le crâne.

Il est certain que la bicyclette peut amener des chutes plus ou moins sérieuses. Je connais des fractures de jambe, le plus souvent ce sont des fractures du radius, des luxations de l'épaule, des entorses, des hémarthroses du genou, etc.; mais il suffira la plupart du temps d'éviter les rapidités excessives de certains coureurs, d'aller à bicyclette en *amateur prudent* pour que ces accidents soient de plus en plus rares.

Notre confrère demandait, et je demandais après lui, une modification à la forme souvent défectueuse de la selle. Il est encore une autre modification que je voudrais voir accepter partout, pour éviter un danger que je crois formidable.

Pour diminuer le poids de la machine, de 250 ou 300 gr., la plupart des bicyclistes suppriment le frein. Je trouve cela une imprudence dangereuse, qui peut causer et qui a déjà causé mort d'homme. Supposez-vous dans une descente, la chaîne résiste, avec les pédales vous pouvez retenir la machine; supposez que cette chaîne casse subitement, ce qui s'est produit, et vous voilà sur une machine *folle*, sur laquelle vous n'avez plus d'action possible, que vous ne pouvez ralentir, et qui se précipite, lancée sur une descente avec la rapidité toujours croissante d'une véritable chute. L'accident est arrivé et il y eut sinon mort d'homme, tout au moins blessure très grave.

Ayez donc un frein, soyez toujours maître de votre machine, ne vous laissez pas aller à l'attrait d'une vitesse exagérée et vous trouverez en la bicyclette un des exercices les plus sains et les plus agréables. J'ai passé sous silence le plaisir des yeux pendant les voyages, les occasions qu'elle donne de respirer l'air pur des campagnes et la possibilité de s'éloigner de l'air ruminé de Paris.

Je passe sous silence les connaissances en topographie et en géographie qu'ont acquises tous les jeunes bicyclistes de notre génération pendant leurs longues pérégrinations. Dans notre temps, nous ne voyions que des cartes géographiques et elles avaient si peu d'attraits que nous les regardions le moins souvent possible. Enfin (côté moral), les jeunes gens remplacent avantageusement par les bicyclettes et la vie au grand air, beaucoup de plaisirs malsains qui charmeraient autrement leurs loisirs.

Laissez faire la bicyclette et la jeune génération deviendra plus robuste, plus solide, plus instruite aussi. Si vous voulez la juger, faites-en vous-même et n'en parlez qu'après une expérience personnelle.

REVUE DE LA PRESSE

Néphrite consécutive aux frictions naphtholées. — (Max Baatz. *Centralblatt f. inn. medicin.*, 37, 1894.) — Le naphthol β a été recommandé dans ces dernières années dans un but thérapeutique. D'après Schœmaker, il mériterait la préférence sur le naphthol ordinaire en raison de sa pureté plus grande et de sa moindre toxicité. Toutefois cette action toxique du naphthol β ne doit pas être négligée. Willenz a vu survenir l'hémoglobinurie et la néphrite. Neisser a observé chez les lapins, à la suite d'une injection sous-cutanée de 1 gramme, une albuminurie et des convulsions mortelles. Chez de gros chiens, 1 gr. 1/2 a suffi pour produire l'albuminurie mortelle, la salivation. Pour Bouchard au contraire, la toxicité du naphthol β serait beaucoup moindre et la dose mortelle serait seulement de 3 grammes pour un kilo du poids de l'animal.

A doses thérapeutiques, le naphthol a été employé en injections dans les ganglions tuberculeux, en lavages du conduit auditif dans les suppurations de l'oreille moyenne, enfin contre les helminthes. Fronmuller s'est loué de son emploi dans les ulcères de la jambe et dans les brûlures, soit sous forme de pommade (1 : 3), soit sous forme de poudre.

Kaposi et Ludwig ont introduit le naphthol β dans la dermatothérapie, sous forme de pommades (10-15 p. 100) et en solution alcoolique (1/2-2-5 p. 100) et ont obtenu de bons résultats dans la gale, le psoriaris et différents eczémas.

Le naphthol absorbé est éliminé par les urines sous la forme de naphtholsulfate. L'urine devient vert olive ou jaune rougeâtre et se trouble par le repos. Kaposi n'a cependant signalé qu'un cas d'intoxication sur des centaines de patients soumis à un traitement naphtholé. Il s'agissait d'un garçon atteint de prurigo, qui eut de l'hématurie, des vomissements et des accès éclamptiques. Lewin a signalé l'apparition d'une néphhite aiguë avec albuminurie chez un homme atteint de la gale. Fronmuller signale trois cas d'intoxication, dont un d'accès maniaque et deux d'albuminurie.

M. Baatz, à son tour, signale deux autres cas chez deux enfants (frères) âgés de 6 et de 8 ans. Tous deux, atteints de la gale, furent frictionnés pendant trois jours (8 et 6 frictions en tout), avec une pommade au naphtol à 2 p. 100. Ils n'avaient avant le traitement aucune trace d'albumine dans l'urine. L'un deux succomba aux suites de la néphrite.

L'albuminurie fut constatée trois semaines environ après la cessation de tout traitement naphtholé, mais elle existait déjà depuis plusieurs jours ainsi qu'en témoignait l'œdème. Il est à remarquer que dans ces cas l'apparition de l'albumine est tardive; dans un cas de Lewin, elle ne survint que le quatrième jour du traitement. Le diagnostic néphrite fut confirmé à l'autopsie; l'issue fatale avait été accélérée par une pleuropneumonie. Quant à la cause, elle ne peut être mise en doute par suite de l'existence d'une même affection revenant après un même traitement. L. J.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 30 octobre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Michel-Dansac, adressant à l'Académie un pli cacheté sur le diagnostic micro-spectro-polarimétrique ; 2° une observation de péritonite aiguë d'origine blennorrhagique par le Dr Malinas, médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry.

Statue de Claude Bernard. — M. Kelsch lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie dimanche dernier, à Lyon, lors de l'inauguration de la statue de Claude Bernard. (*Applaudissements*).

Syphilis et paralysie générale. — M. Fournier. Une grave question est celle des rapports de la paralysie générale avec la syphilis. Je voudrais démontrer que ce problème est beaucoup plus complexe qu'on ne le suppose ; je tiens aussi à montrer comment une solution complète de la question ne saurait être l'œuvre d'un seul observateur.

Habituellement, on pose le problème de cette façon : la paralysie générale est-elle un symptôme, une conséquence de la vérole ? La question ainsi posée est mal posée. Ce problème comporte quatre questions ; il ne sera complètement élucidé que lorsqu'une solution aura été donnée aux quatre questions que voici :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique* ?

2° La paralysie générale vraie peut-elle, à un titre quelconque, dériver de la syphilis ? Et, au cas d'affirmative, avec quel degré de fréquence en dérive-t-elle ?

3° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis est-elle *de nature* ou simplement *d'origine* syphilitique ?

4° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis se différencie-t-elle par quelque caractère, clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine ?

Il n'est pas inopportun de préciser ce que nous savons et ce que nous ignorons sur ces divers points.

1° La première de ces questions est résolue actuellement : certainement oui, la syphilis réalise quelquefois un ensemble de symptômes qu'on appelle la pseudo-paralysie générale ; même entre les mains des plus experts, le diagnostic peut rester hésitant entre la syphilis cérébrale simple et la paralysie générale. Le mot de pseudo-paralysie générale que j'ai proposé, il y a quelques années, est devenu un brandon de discorde. Cependant, la pseudo-paralysie générale syphilitique est un simple nom donné à une forme de la syphilis cérébrale. Cela n'implique en rien une entité morbide quelconque.

2° La paralysie générale vraie dérive-t-elle oui ou non, à un titre quelconque, de la syphilis ? C'est là le point culminant de la question. On ne peut nier un fait subversif des anciennes croyances : que la paralysie générale reconnaît la syphilis comme un facteur de beaucoup prépondérant Un premier argument est tiré du degré de fréquence des antécédents syphilitiques des paralytiques généraux. L'année dernière, j'ai collationné 27 statistiques récentes dans lesquelles la proportion des syphilitiques, parmi les paralytiques généraux, varie de 52 à 95 p. 100. Ces statistiques montrent un lien causal des plus évidents, entre la syphilis et la paralysie générale.

Les syphiligraphes n'ont pas, comme les aliénistes, la possibilité d'observer un grand nombre de paralysies générales, mais ils peuvent voir quel est le nombre de leurs malades qui deviennent paralytiques généraux.

La paralysie générale est rare dans le sexe féminin ; mais quand on l'observe, c'est surtout dans un milieu où la syphilis est fréquente ; elle est surtout rare, au contraire, dans les milieux où la syphilis fait habituellement défaut.

Un argument non moins valable est fourni par la fréquence des accidents syphilitiques dans la paralysie générale et les autres folies. Rare dans le passé des fous vulgaires, la syphilis est, au contraire, commune dans le passé des paralytiques généraux.

La coïncidence fréquente de la paralysie générale et du tabes, si habituellement spécifique, est un nouvel argument en faveur des rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

Des statistiques et des considérations diverses qui précèdent, il résulte qu'il existe un rapport évident entre la syphilis comme cause et la paralysie générale comme résultat.

3° Quel est le lien pathogénique entre ces deux affections ?

On a dit que la syphilis ne produit la paralysie générale qu'en agissant comme une cause prédisposante. Un grand nombre de paralytiques généraux n'auraient pas la paralysie générale s'ils n'avaient pas contracté la syphilis.

Il est dans le domaine de la syphilis un certain nombre d'accidents qu'on commence à grouper sous le nom d'affections parasyphilitiques et qui, non syphilitiques comme nature, sont cependant syphilitiques par leur origine. Les affections parasyphilitiques ne dérivent pas forcément de la syphilis comme cause, ils peuvent se produire en dehors de toute tare syphilitique.

De même la paralysie générale peut se produire en dehors de la syphilis.

4° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis est-elle absolument semblable à la paralysie générale non syphilitique. L'examen anatomique dans la paralysie générale fait presque toujours défaut au syphiligraphe parce que les autopsies sont rares. Au point de vue symptomatique il y a quelques différences sur lesquelles je n'insisterai pas.

Sur tous ces points de vue la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne pourra être résolue que par l'union des anatomo-pathologistes, des aliénistes et des syphiligraphes.

Des accidents de la chloroformisation. — M. L. Labbé. Il y a quelque temps je fus appelé à intervenir chez un enfant Le chloroforme fut donné avec beaucoup de précautions, cependant il y eut des accidents de mort apparente terrible. La pupille en particulier était fortement dilatée lorsque nous avons commencé la respiration artificielle ; peu après j'ai pris la langue avec une pince, j'ai fait les tractions rythmées comme l'a recommandé M. Laborde ; jamais je n'ai été témoin d'accidents aussi prononcés causés par le chloroforme et d'un retour aussi rapide à la vie.

M. Verneuil. Il y a longtemps que je n'emploie dans les accidents causés par le chloroforme que les tractions rythmées de la langue recommandées par M. Laborde. J'y joins

les flagellations du creux épigastrique avec un linge mouillé.

L'adoption du procédé de M. Laborde aurait l'avantage de faire disparaître une pratique que je trouve absolument antiphysiologique, très employée aujourd'hui et qui consiste à relever la mâchoire inférieure.

M. L. Labbé. Je suis d'un avis absolument opposé à celui de M. Verneuil. En mettant le doigt sous la mâchoire inférieure on relève la base de la langue, la respiration devient ainsi plus calme et plus régulière, cela ne me paraît nullement en contradiction avec le procédé de M. Laborde, bien au contraire.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports sur les prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Contribution à l'étude des érythèmes infectieux. — M. L. Gaillard. 1re partie : *Les difficultés du diagnostic.* M. Siredey a eu raison d'insister sur la fréquence des érythèmes médicamenteux et sur les difficultés qui peuvent en résulter. J'ai vu chez une femme de 28 ans soumise au traitement mercuriel (pilules de protoiodure, frictions d'onguent napolitain aux aines) un érythème qui simulait une lymphangite et qui s'est localisé durant huit jours à l'avant-bras droit ; l'érythème fut ensuite scarlatiniforme, généralisé ; la malade eut de la stomatite.

En général, la susceptibilité individuelle dont M. Siredey a parlé se révèle à la suite du premier contact, et sous l'influence de faibles doses des remèdes employés ; elle ne se manifeste pas à l'égard d'un seul médicament, mais d'une série de remèdes. On est rapidement averti de l'idiosyncrasie. Ces accidents, sauf dans les cas où les doses s'accumulent, n'ont qu'une gravité modérée.

2e partie : *Les érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde.* — Ils sont *précoces* ou *tardifs*. Ceux qui précèdent les taches rosées lenticulaires sont des rash scarlatiniformes ou morbilliformes, plus rarement des érythèmes papuleux ou maculeux ; ces derniers empêcheraient, s'ils existaient, de voir les taches rosées et de faire, par conséquent, le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Ceux qui sont postérieurs à l'apparition des taches rosées se manifestent soit à la période de début, soit au déclin, soit pendant la convalescence. Ils sont *bénins* ou *malins*. Plusieurs fois ils ont causé la mort.

L'éruption se manifeste d'abord sous forme de macules ou de papules aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux malléoles, aux fesses, plus tard elle envahit les autres régions ; c'est de la confluence des taches initiales que résulte l'aspect scarlatiniforme. Les aspects sont du reste variés ; érythème lisse, circiné, marginé, etc, ; érythème polymorphe.

L'étiologie est obscure. On admet généralement une infection secondaire que je discuterai tout à l'heure. Hutinel insiste sur les aphtes de la bouche, comme portes d'entrée des microbes ; on peut envisager de la même manière les eschares, les excoriations cutanées, les ulcérations de l'intestin. Hutinel a signalé une petite *épidémie* (?) de douze cas à l'hôpital des enfants. Cette épidémie n'a sévi que sur les typhiques.

3e partie : *Les érythèmes infectieux dans le choléra.* — Décrits en 1831 par Polya et Grunhut, en 1832 par Bobington (Angleterre) et Duplay (France), ils surviennent en moyenne 5 ou 6 fois sur 100 cas, si l'on prend le totalité des cholériques, deux fois plus souvent si l'on prend seulement le chiffre des cholériques qui atteignent le second septénaire soit pour succomber soit pour guérir.

On ne les observe guère que dans les formes graves du choléra et pendant le stade de réaction, à partir du huitième au neuvième jour, rarement après le quinzième jour. Fréquence plus grande chez l'homme que chez la femme.

Précédés parfois d'épistaxis, ils s'accompagnent d'érythème bucco-pharyngé. Deux fois je les ai vu coïncider avec l'ictère.

Dans une statistique personnelle, sur 400 cas de choléra vus en 1892, 21 érythèmes ; 13 femmes et 8 hommes. Sur 21 cholériques, 13 ont guéri (réactions régulières, avec ou sans fièvre) ; 8 ont succombé (réactions congestives ou abortives).

On ne peut attribuer aux érythèmes une valeur pronostique favorable ni défavorable.

Ayant conservé depuis plus de soixante ans la même physionomie clinique, malgré les nombreuses variations des traitements employés, ils ne sont pas influencés par les médications ; l'emploi du calomel lui-même n'en a pas augmenté la fréquence. Rien à dire de la transfusion intraveineuse et des médicaments externes.

Ils ont une ressemblance remarquable avec les érythèmes maculeux et papuleux de la fièvre typhoïde ; mêmes localisations au début, même marche : seulement ils durent moins longtemps, sont plus réguliers dans l'époque de leur apparition, sont moins souvent graves. Les cholériques ne meurent pas de leur érythème.

4e partie : *Comparaisons et conclusions.* — Il faut comparer les érythèmes infectieux de la fièvre typhoïde et du choléra asiatique à ceux de la diarrhée cholériforme, du choléra nostras, de la diphtérie, etc.

Si, avec Gueyras et Broca (1887) qui ont admis la spécificité de la roséole cholérique, on donne à cette dermatopathie le nom de *choléride*, il faut admettre aussi une *dothiénentéride* et une *diphtéride*. Ce seront alors des *symptômes* et non des complications de l'infection due au bacille d'Eberth ou au bacille de Löffler.

D'après Mussy (Thèse de Paris, 1892), il faut attribuer l'érythème de la diphtérie au streptocoque ; d'après Lesage et Macaigne, ceux du choléra sont dus au coli-bacille qu'on a aussi incriminé dans la fièvre typhoïde. Pour ces auteurs, l'érythème correspond à une complication secondaire ; il constitue dès lors une *complication* de la maladie initiale.

Ce que nous savons des mœurs cliniques du streptocoque et du coli-bacille ne nous permet pas d'attribuer à ces microbes (et à leurs toxines) plutôt qu'aux bacilles de Koch, d'Eberth et de Loffler ces manifestations cutanées.

Il semble que les uns et les autres soient capables de devenir au même degré *érythrogènes*.

Dans quelles conditions le deviennent-ils ? Cela est difficile à préciser actuellement. Il faut tenir compte des prédispositions individuelles, des idiosyncrasies, surtout lorsqu'on voit les érythèmes se reproduire à l'occasion de diverses maladies aiguës.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1894. — Présidence de M. Christian.

La séance est ouverte à 4 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée.— Revues et journaux habituels, plus le *Bulletin de la société de médecine d'Angers* (1er semestre 1894).

Correspondance manuscrite.— Lettre de M. de Beauvais s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. Lettre du Dr Wisard, d'Annecy, demandant le programme du concours pour le prix Duparcque.

Déclaration des maladies contagieuses. — Lettre du président de la Société de médecine de Nîmes.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que le Syndicat des médecins de Nîmes et de ses environs (62 membres) a adhéré aux conclusions du rapport présenté à votre société, concernant la déclaration des maladies contagieuses, dans la séance du 24 octobre.

Cette décision a été prise à la suite d'un rapport lu par M. le Dr Mayel fils.

En ce qui concerne Nîmes (80.000 habitants), les déclarations faites conformément à la loi sont restées sans effet au point de vue de la désinfection et des mesures prophylactiques, ce qui démontre l'inutilité d'avoir promulgé le décret avant la loi sanitaire.

M. le rapporteur a insisté sur l'oubli fait sur la liste des maladies à déclarer de la tuberculose, affection décimant notre population ouvrière par suite de l'insuffisance des conditions hygiéniques.

Veuillez agréer, etc.

La Société charge le secrétaire général de remercier le Syndicat des médecins de Nîmes de son adhésion, laquelle sera jointe à celles des autres sociétés déjà adhérentes; la totalité des adhésions servira à appuyer notre demande de revision du décret concernant la déclaration des maladies contagieuses, lorsque le moment sera revenu d'intervenir auprès des autorités compétentes.

Souscription Laffitte. — M. Ed. Wickham. Puisque nous parlons de souscription, permettez-moi de vous proposer de vous associer à la campagne de bienfaisance menée en faveur de la femme et des enfants du Dr Laffitte; vous avez tous lu le mémoire présenté par l'Association de la presse médicale au Président de la République. Etant donnée la situation de ceux de nos confrères qui ont été implorer la grâce du Dr Laffitte, nous n'avons pas, je crois, le droit de douter de l'injustice de la condamnation prononcée. Assurément, me direz-vous, chacun de nous pourrait individuellement souscrire, mais il me semble que si la Société de médecine de Paris coopérait aux secours envoyés à la famille de notre malheureux confrère, elle ferait un acte à double conséquence : Aide à une famille de médecins sans ressources, concours à la réhabilitation d'un innocent. En conséquence, je vous demande de voter l'envoi d'une somme de 50 francs au bureau de l'Association médicale française.

La proposition de M. Wickham est adoptée, une somme de 50 francs sera envoyée à la souscription Laffitte par l'intermédiaire de M. Gillebert d'Hercourt, trésorier.

Sérumthérapie. — M. Abadie. Comme cela arrive d'ordinaire quand la presse extra-médicale s'occupe de faits scientifiques, elle les a exagérés et dénaturés. A entendre les journaux politiques, on pourrait croire que désormais personne ne doit plus mourir de diphtérie et quand un médecin aura le malheur de perdre un malade, l'opinion publique sera contre lui et croira qu'il est fautif.

Pourtant, cela est contraire au dire de M. Roux et de M. Behring. Leurs statistiques, très consciencieusement établies, démontrent que dans les cas graves où il y a, en même temps que la diphthérie, infection secondaire par les streptocoques ou staphylocoques, la sérumthérapie est impuissante à sauver les malades.

La question délicate est de savoir s'il faut d'ores et déjà généraliser d'emblée, d'une façon absolue, cette méthode de traitement et la substituer à toutes les autres. Sur ce point, j'estime qu'il ne faut pas aller trop vite et qu'on doit, pendant quelque temps encore, étudier et comparer les statistiques des malades traités autrement et placés autant que possible dans des conditions identiques.

Personne ne contestera que dans ces derniers temps le traitement local de la diphtérie ait fait de grands progrès. Qu'on emploie soit la solution sulfo ricinée d'acide phénique, soit le sublimé à 1/20 dissous dans la glycérine en même temps que les grandes irrigations avec des solutions faiblement aseptiques de façon à enlever mécaniquement les toxines sécrétées par les microbes, on obtient déjà, par ces moyens purement locaux rigoureusement appliqués, une diminution considérable de la mortalité. Si la sérumthérapie venait ajouter son action bienfaisante à celle du traitement local, il n'y aurait évidemment aucune réserve à faire et tout serait pour le mieux. Mais malheureusement le nouveau traitement par la sérum thérapie paraît s'allier mal avec le traitement local qui a déjà fait ses preuves et qu'il *faudrait* abandonner. D'après M. Martin, en effet, l'acide phénique, et le sublimé, semblent neutraliser en partie l'action curative de l'anti toxine. On devrait donc renoncer d'une façon complète à un traitement qui compte à son actif bien des guérisons.

Pourtant, dans l'œuvre du Dr Roux, ce qu'il faut admirer tout autant que la sérumthérapie, c'est d'abord la découverte avec Yersin de la toxine de la diphtérie.

Il a montré ensuite que le poison diphthéritique, avant de pénétrer dans l'organisme, était élaboré sur place; que par suite, s'il était possible d'empêcher sa production ou de la détruire *in situ*, on parviendrait à préserver l'organisme. C'est sur cette base solide que se sont établis les traitements locaux qu'on a préconisés et qui ont rendu tant de services. N'est-il pas évident, en effet, que si une maladie infectieuse commence toujours par être localisée sur un point limité et accessible, il sera toujours rationnel de chercher à l'arrêter sur place dès le début. Vaut-il mieux éteindre tout d'abord le foyer ou laisser l'infection et l'intoxication générale se produire pour la combattre ensuite par l'antitoxine !

C'est là, ce me semble, un grave problème à résoudre pour le clinicien et pour que sa conviction soit absolue à cet égard il faut qu'il ait des preuves absolues aussi de la supériorité du traitement général sur le traitement local.

Mais les deux traitements sont-ils réellement inconciliables? Quand le malade est surveillé de près, et qu'on assiste pour ainsi dire à l'éclosion de la maladie, ne pourrait-on pas tout d'abord essayer de l'arrêter net, sauf,

si l'on est débordé et si l'infection générale se produit quand même, à recourir à la sérothérapie.

Le retentissement énorme que vient d'avoir la découverte de Behring et Roux a laissé dans l'ombre des travaux qui pourtant méritent de ne pas passer inaperçus. Dans un des derniers numéros de la *Revue des maladies de l'enfance*, M. le Dr Hutinel a publié un important travail sur la diphtérie. Il a montré que la désinfection, telle qu'on la pratiquait avant, en laissant les objets de literie dans l'étuve pendant quelques minutes seulement, était absolument illusoire, et d'autant plus dangereuse qu'elle inspirait une sécurité trompeuse. Il a rendu cette désinfection réellement effective en élevant la température de l'étuve et en augmentant la durée de séjour des objets contaminés. D'autre part, il a examiné systématiquement la gorge de tous les enfants suspects et les a isolés dès qu'ils présentaient le bacille de Lœfler, alors même qu'ils ne semblaient atteints que d'une angine insignifiante. Il maintenait ceux qui avaient été sérieusement malades bien plus longtemps isolés des autres que l'on ne faisait auparavant, car même guéris pour leur propre compte les diphthéritiques conservent encore des microbes virulents et transmissibles aux personnes saines de l'entourage. C'est en prenant cette série de mesures préventives et curatives que le Dr Hutinel est parvenu à faire disparaître presque complètement la diphthérie qui décimait auparavant la population de l'hospice des Enfants-Assistés. C'est là, ce me semble, un résultat qui n'est pas à dédaigner.

Je crois que ce sera surtout dans les formes très graves nécessitant la trachéotomie qu'on pourra juger réellement la valeur de la sérumthérapie. En 1869, pendant mon internat à l'hôpital des Enfants malades, la mortalité chez les trachéotomisés était alors effroyable : sur 150 environ qui furent opérés dans l'année c'est tout au plus si on en sauva 10 ou 12; il est vrai qu'à cette époque on ne faisait aucun traitement local, aucune irrigation ; les malades étaient pour ainsi dire abandonnés à eux-mêmes ; on cherchait simplement à les tonifier. Espérons que la sérumthérapie diminuera considérablement la mortalité chez les trachéotomisés ; cela sera une véritable pierre de touche pour juger en dernier ressort et sans contestation possible la supériorité de la méthode.

Discussion. — M. Rougon. Je partage l'avis de M. Abadie, quant à ce qui concerne le traitement local. Il y a deux ans, j'allais assez souvent à un laboratoire bactériologique et j'y ai appris que le sublimé n'avait aucune action favorable dans la diphtérie ; par contre l'acide citrique détruisait la nocivité du bacille de Loefler. Je me rappelle d'ailleurs avoir guéri aux colonies, il y a une trentaine d'années, un assez grand nombre de malades diphtéritiques avec des applications de jus de citron. Que s'est-il passé depuis deux ans dans le même laboratoire de bactériologie, je ne sais, peut-être d'autres expériences ont-elles démontré l'efficacité du sublimé ?

M. J. Besnier. M. Abadie parlait de croups opérés traités par la sérumthérapie ; j'ai là sous les yeux la leçon de Martin, dans laquelle se trouve une statistique qui paraît concluante au point de vue de l'efficacité des injections d'antitoxine.

M. Ladreit de Lacharrière. Il peut être prématuré de juger d'après les statistiques publiées jusqu'à aujourd'hui. Il faut tenir compte des conditions épidémiques et de la toxicité de l'infection ; il est utile d'attendre pour se faire une opinion ferme. Ce qui est certain c'est que nos connaissances sur la diphtérie se sont beaucoup accrues avec les travaux de Loeffler, Roux, Behring et Yersin. Behring assurément avait institué la sérumthérapie avant notre compatriote, mais l'originalité des recherches de Roux consiste dans le fait d'avoir délimité les éléments toxiques qui constituent le véritable danger de la diphtérie. Roux a aussi reproduit expérimentalement chez les animaux les paralysies. La sérumthérapie atténue les effets de la toxine, et permet l'élimination rapide des fausses membranes. En somme le nombre et la valeur des découvertes sont suffisants pour qu'on en tienne compte, cela est évident, mais je le répète, nous n'en connaîtrons que dans quelque temps le résultat précis. De tous côtés, on vient chercher rue Dutot de l'antitoxine, mais en ce moment beaucoup de nos confrères retournent les mains vides ; à partir du mois de janvier, le sérum sera distribué à profusion et les observations ne manqueront pas d'être publiées en très grand nombre.

Ce qu'on peut dire pour l'instant, c'est que la sérumthérapie *semble* une bonne méthode thérapeutique ; il n'en faut pas conclure cependant qu'on doive pour cela abandonner le traitement local.

M. Duroziez. Je tiens de Moizard, le distingué médecin de l'hôpital des Enfants, que la mortalité du fait de la sérumthérapie s'est trouvé abaissée dans son service à 10 0/0. Je crains que cette proportion de guérisons ne se maintienne pas ; elle est fabuleuse. Il est indispensable que tout le monde s'en mêle et que chacun émette son opinion ; juger est difficile lorsque seules la partie intéressée a parlé.

M. Christian. Pourquoi discuter sur l'opportunité de traitements locaux, qui seraient abandonnés par les partisans de la sérumthérapie? M. Martin recommande concurremment aux injections les traitements locaux, dans la leçon publiée par les journaux de médecine de cette semaine.

M Duroziez. L'idée de l'Institut Pasteur est de s'en tenir aux injections.

M. Abadie. Comme l'a dit avec raison M. Rougon il a obtenu, étant dans les colonies, des succès magnifiques dans le cours d'une grave épidémie, en pratiquant chez ses malades des attouchements répétés avec du jus de citron. Voilà un moyen qui sera toujours, et partout, à la disposition de tout le monde. Pourra-t-on en dire autant pour le sérum antitoxique ? Sa préparation semble fort délicate ; ses propriétés curatives, combien de temps les conserve-t-il? Cette question est fort importante, fort délicate et encore irrésolue, et tant qu'elle est irrésolue il ne faut pas laisser tomber dans l'oubli des moyens simples, partout à la disposition de tous et ayant fait leurs preuves.

M. Christian me dit que MM. Martin et Roux ne sont pas opposés à un traitement local. Cela est vrai, mais ils sont opposés à ceux qui sont mis en œuvre actuellement, et qui ont déjà la confiance du praticien. Ce sont ceux-là qu'ils veulent proscrire et celui qui leur paraît compatible avec la sérumthérapie est encore à trouver. Qu'ils les trouvent et alors leur œuvre sera complète et ne pourra que rallier tous les suffrages.

M. J. Besnier. La sérumthérapie est aussi préservatrice. Quant au traitement local, je ferai observer à M. Abadie que souvent il n'est pas commode à instituer ; qui plus

, il est très douloureux. Comme le médecin ne peut être poste fixe pour faire les irrigations et les attouchements, s'ensuit que laissés aux soins de l'entourage des malades, les uns et les autres sont exécutés approximativement. Aussi le traitement local a-t-il donné de mauvais sultats dans bien des cas où le contraire aurait dû se oduire.

M. Abadie. Contre Martin et Roux, je maintiens qu'on ne vrait pratiquer les injections d'antitoxine qu'après avoir nstaté l'échec des badigeonnages et des lavages antiseptiques.

M. Ed. Wickham. Pourquoi ne pas faire immédiatement injections de sérum? Il est notoire qu'elles ne sont sceptibles d'amener aucun accident.

— La séance est levée à 5 heures, après la mise à l'ordre jour de la prochaine séance de la question suivante : *ladies engendrées par l'usage et l'abus de la bicyclette ez l'homme et la femme.*

Le secrétaire général : Ed. Wickham.

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain.

Le premier Congrès de médecine interne a eu lieu sur itiative d'un certain nombre de médecins lyonnais, ofesseurs, agrégés de la Faculté, médecins des hôpitaux. lée de ces Congrès de médecine, basée sur celle du ngrès de chirurgie, n'est pas nouvelle ; elle avait jusici été accueillie avec peu de faveur. Aussi doit-on féliter les membres du Comité d'organisation d'avoir réussi ire aboutir un projet qui, jusque-là, avait rencontré sur t des adversaires et d'avoir réuni le chiffre de 260 adhéits.

ans la séance d'ouverture, M. le prof. Gailleton, maire Lyon, a souhaité la bienvenue aux congressistes et a fait sortir l'utilité de ces réunions périodiques, qui en permettant l'échange des idées et la discussion des opinions une plus vaste échelle qu'au sein des sociétés scientiques, sont très utiles aux progrès de la science. M. Gailon termine en présentant l'hommage de la gratitude des mbres du Congrès à M. le prof. Potain qui a bien voulu accepter la présidence.

M. le prof. Mayet, de Lyon, rend compte des difficultés contrées tout d'abord pour l'organisation du Congrès ; thésion d'un certain nombre de professeurs renversa les istances et entraîna les adhésions.

M. le prof. Potain a fait ensuite ressortir que les Congrès nt appelés à siéger dans des villes différentes, feront verger vers un même but les efforts de tous. Dans un cours qui est un vrai chef-d'œuvre littéraire, il a fait storique de la médecine à Lyon, depuis les temps les s reculés jusqu'à nos jours, citant les noms et les œuvres Rabelais, qui fut un médecin lyonnais, de Rodde, de n de la Mornère, Rebard, Th. Bonnet, Brachet, Fols, gier, Claudius Montin, Ozanam, L. Meissonnier, Philit, Devet, Petrequin, Vibert ; parmi les médecins de tiquaille, il insiste sur les noms de Baumès, Diday, let ; puis il fait l'éloge de Pons qui légua tout son bien à l'Hôtel-Dieu, de B. Teissier, théoricien savant et profond dont la préoccupation constante fut de soulager et de guérir, de Rambault, de Perroud.

Abordant un sujet plus vaste, M. Potain trace à grands traits l'histoire de la médecine en province, à Montpellier, Bordeaux, Nancy, Strasbourg, Poitiers, Orléans, Avignon, Nantes, Aix, Caen, Dijon, Reims, Tours, Rouen ; puis il fait l'éloge du médecin-praticien qui, au milieu des rudes labeurs et de sa vie active, n'oublie pas toujours le côté scientifique et, à ce sujet, il cite les noms de Denis (de Commercy), Durante, Méglin, Rémond (de Marseille), auteur d'un ouvrage remarquable sur les maladies qu'il est dangereux de guérir.

Dans la séance suivante a commencé la lecture des communications inscrites à l'ordre du jour. Ces communications sont au nombre de 186, aussi ne ferons-nous qu'exposer celles qui sont marquées d'un certain intérêt, en insistant sur les grandes questions qui ont fait l'objet de rapports et de discussions très animées, comme la question du chimisme stomacal.

Séance du 25 octobre à 10 h. 1/2.

Contribution au traitement de la pleurésie et de la péricardite sèches par un procédé nouveau. — M. de Cérenville (de Lausanne). Dans le traitement de la pleurésie sèche, tout traitement local doit tendre vers un but qui est d'imiter la nature en provoquant un exsudat, pour cela on ne doit pas compter sur les solutions médicamenteuses qui n'auraient d'action que si elles étaient introduites en grandes quantités.

Le procédé de M. de Cérenville est basé sur la propriété que possède l'huile de s'étendre en minces couches sur des surfaces très étendues. Il enfonce dans un espace intercostal, au niveau des bruits de frottement, une aiguille taillée en biseau, plus courte que celles communément employées et à une profondeur variable de 2 à 4 centimètres, suivant la région ; on reconnaît que l'aiguille a pénétré dans l'espace interpleural, lorsque la main éprouve une sensation de dépoli, de râpe et lorsque l'aiguille subit des déplacements en rapport avec les mouvements de la plèvre. Il injecte ensuite, au moyen d'une seringue, 2 à 3 centimètres cubes d'huile aseptisée. L'injection est indolore. Au bout de quelques heures, dans les cas de pleurésie sèche, les frottements diminuent ; dans un cas ils ont disparu au bout de deux heures, ainsi que tous les phénomènes morbides et les réflexes d'origine pleurale. Cette méthode n'a pas d'inconvénients. Son auteur la préconise dans les formes rebelles de pleurésie sèche, dans les inflammations pleurales, râpeuses accompagnées de dyspnée. Elle sert encore à faire le diagnostic contre les râles et les frottements qu'elle diminue, tandis que l'injection d'huile n'a pas d'action sur les premiers.

M. de Cérenville a obtenu des résultats aussi bons contre le frottement de la péricardite sèche.

Thermométrie clinique complétée. — M. Grasset. Le thermomètre médical donne des renseignem nts erronés ; MM. d'Arsonval et Charrin ont noté une discordance frappante entre la thermométrie médicale et la calorimétrie ; seul le calorimètre mérite la confiance, mais il n'est pas à la portée des praticiens. La principale cause d'erreurs vient de la variation de la conductibilité du corps ; pour que la thermométrie médicale mesurât la chaleur produite, il faudrait que le pouvoir émissif fût toujours le même.

Il est nécessaire de tenir compte de la vitesse d'ascension du thermomètre ; les variations de cette ascension donnent une idée des variations du pouvoir émissif de l'individu. Je propose pour cela la technique suivante : se servir d'un thermomètre gradué à partir de 24°, noter l'ascension du thermomètre après une minute, (t^1) et le degré d'ascension au bout de dix minutes (T) et diviser par 2, ce que je représente par la formule suivante : $\frac{t' + T.}{2}$ De cette façon on se rapproche de la calorimétrie.

M. Lancereaux. J'ai été appelé, il y a quelque temps, en province, en consultation auprès d'une personne qui avait une santé excellente, mais dont la température montait, à certains moments à 41°5. Je ne trouvai ni abcès, ni cause de fièvre et rassurai les parents et le médecin. J'ai été tenu au courant et ai appris que la température avait monté jusqu'à 43° ; je dois ajouter que j'ai vu dans mon service, un cas qui se rapporte à ces faits ; il concerne une femme atteinte de néphrite épithéliale avec anasarque, crises urémiques survenues à la suite de couches, puis améliorée. Les règles suspendues pendant quelques mois revinrent ; or, à l'approche de chaque époque menstruelle survint une crise d'urémie avec anurie durant cinq à six jours, précédée d'élévation de température à 40 et 41°5 ; j'administre des purgatifs, les règles arrivent et la crise cesse.

M. Grasset vient de nous expliquer le pourquoi de ces faits qui m'étonnaient beaucoup. Je dois ajouter que chez ces deux personnes la peau était douce au moment de l'élévation thermométrique ; il n'y avait pas parallélisme entre la température corporelle et la calorimétrie ; il en est de même chez certains sujets atteints de maladies aiguës.

M. Mayet. Si l'évaluation de la chaleur produite a une grande importance, le degré de la température en a une non moins grande. Les cas cités par M. Lancereaux se rapportent à des faits anormaux.

M. Henrot. J'ai publié, il y a dix ans, un cas d'hémithermie (différence entre la température de la moité droite et de la moitié gauche du corps), sans paralysie ; pour moi il y a un centre thermique ; mais nos connaissances sur ce point laissent encore beaucoup à désirer.

3e Séance à 2 heures du soir.

Etiologie et pathogénie du diabète. — M. Lancereaux, rapporteur, fait l'historique des connaissances acquises et des théories émises sur le diabète, depuis Th. Willer qui, en 1670, découvrait la saveur sucrée de certaines urines ; il expose les idées des premiers auteurs qui se sont occupés de la question et qui ont fait du diabète l'expression, les uns d'une maladie du rein, les autres d'une maladie de l'estomac, jusqu'aux recherches de Dumas, Boussingault, Liebig (qui montrent que le sucre peut se développer sous l'influence de la fermentation lactique et être détruit par les alcalis) à celles de Rombardat et Mialhe, et il arrive aux recherches de Claude Bernard qui découvre la glycogénèse hépatique. Cl. Bernard explique la formation du sucre dans le foie et après avoir provoqué la glycosurie par la piqûre du ventricule, il en conclut que l'excitation produite se transmet au foie par l'intermédiaire du système nerveux sympathique, et détermine une exagération de la fonction glycogénique ; les reins ne sont chargés que d'éliminer l'excès de glucose qui se trouve dans le sang. Le diabète ne dépend ni du rein ni de l'estomac. Mais Claude Bernard montre de plus que la glycosurie ne peut exist quand il y a altération du foie, et c'est ce qui lui fait di que pour être diabétique, il faut bien se porter, car la gl cosurie diminue quand l'organisme s'affaiblit trop. Ma Cl. Bernard conclut que les données physiologiques mà quent pour avoir une explication complète du diabète pour arriver à la conception de la pathogénie de cette m ladie. A la clinique et à la physiologie, il était réservé faire faire un nouveau pas à la question.

En 1867, dit M. Lancereaux, j'ai rapporté une observatio de diabète avec altération du pancréas et j'établissais d relations entre ces faits. Mes idées ne furent pas acceptée je continuai mes recherches et en 1879, je fis des leçons s ce sujet et communiquai à l'Académie des Sciences les ol servations de 20 cas de diabète avec altération du pancréa et dont 14 avaient été suivis de mort. Je disais que dans c cas il se produit d'abord de la polydipsie, polyurie, pol phagie, puis tous les symptômes du diabète grave : trou bles trophiques, coma, autophagie, déperdition des force et tuberculose. Dans 4 cas que j'avais observés, je n'avai pu découvrir aucune cause à la maladie ; les sujets étaie antérieurement bien portants, sans hérédité ; or, les 14 s jets que j'avais autopsiés avaient le pancréas très atrophi avec des lésions diverses. J'établissais que le diabè maigre est causé par l'atrophie et des lésions du pancré qui n'existent pas en dehors de cette maladie. D'autres au teurs parmi lesquels Frerichs faisaient, à la même époqu les mêmes constatations.

A côté de ce type de diabète, il en est un autre à march moins rapide, c'est le diabète nerveux qui ressemble pa fois tellement au premier type qu'il est difficile de l'e distinguer ; mais je suis arrivé à l'en séparer, car il e accompagné soit d'intégrité, soit d'augmentation du pan créas.

Un 3e type, le diabète gras ou arthritique, est moin grave ; mais il constitue plutôt un syndrome qu'une ma ladie ; il commence à la suite d'augmentation de l'embon point, sans déterminer de trouble grave ; on le découvr souvent, par hasard ; le sucre est en proportions relativ ment faibles, et augmente à la suite de fatigues physique et morales, il diminue sous l'influence de l'hygiène et d régime. Il ne s'accompagne d'aucune lésion et ne peut êt produit par expérimentation. Les manifestations arthri tiques dominent dans sa symptomatologie, artério-scl rose et ses conséquences, néphrite interstitielle, gangrè sèche, cataracte, qui sont rares dans le diabète pancréa tique.

La durée du diabète arthritique est longue et la mor arrive rarement du fait de la glycosurie, mais bien du fa de l'artériosclérose.

Le diabète n'est donc pas une maladie univoque, le causes en sont différentes : hérédité pour le diabète gras calcul pancréatique, sclérose du pancréas pour le diabèt pancréatique ; traumatisme intéressant le bulbe, cause nerveuses dans le diabète nerveux.

Tel était l'état de la question en 1888. De nos jours on a donné une trop grande prépondérance à l'expérimentation sur l'observation clinique dont elle ne devrait jamais êtr séparée. Ce sont des faits cliniques qui, dans la question du diabète, ouvrirent la voie à l'expérimentation qui les confirma.

Rémy chercha à réaliser, mais sans succès, l'ablation du

créas (à cause de l'infection par septicémie). Méring et kowshi y réussissent et découvrent que la *destruction le* du pancréas est nécessaire pour la glycosurie ; Lé- et Thiroloix arrivent au même résultat. Thiroloix a n gramme de pancréas altéré suffire pour empêcher la osurie de se produire.

on bouche les canaux pancréatiques, ou détermine la osurie avec ses symptômes ; mais bientôt les symp- es diminuent ; si on répète l'expérience un certain bre de fois, la glycosurie devient permanente suivant arche de l'atrophie pancréatique.

ais la constatation de la persistance presque constante débris de pancréas chez les diabétiques a provoqué res expériences. M. Minkowski et M. Hédon ont mon- qu'il suffit de greffer un fragment du pancréas sur la u pour empêcher l'ablation de la glande de produire le bète. M. Hédon a montré par ses expériences de greffe créatique que ce n'est pas lorsque le pancréas s'al- que le diabète apparaît, mais lorsque les cellules ent leurs fonctions ; il a mis hors de doute l'action des ents cellulaires du pancréas et de leur sécrétion (sé- ion interne) ; le diabète vient de l'insuffisance de ces ents cellulaires et de la suppression de la sécrétion rne, la suppression de la sécrétion externe ne donne un résultat et ne détermine pas la glycosurie.

. Lépine fait ensuite des expériences qui lui montrent le pancréas verse dans le sang et la lymphe un ferment détruit la glycose ; MM. Chauveau et Cl. Bernard ent démontré que le glycose se détruit non dans le g, mais dans les tissus.

nfin il ressort des expériences de MM. Chauveau et ffmann que le diabète nerveux et le diabète pancréa- e ont la même origine, qu'il n'y a qu'un foyer glycosu- ne, le foie, un foyer frénateur de la fonction glycosu- ne, le pancréas, par la sécrétion interne, ces deux or- es étant sous la dépendance du système nerveux par ermédiaire duquel ils réagissent l'un sur l'autre, et que oyer nerveux frénateur du foie, sous l'influence du pan- s se trouve dans le bulbe, car après la section bul e le pancréas perd son action frénatrice sur le foie et il roduit de la glycosurie.

el est l'exposé de nos idées actuelles sur le diabète. oute que seul le diabète gras, arthritique, se rattache à rouble de la nutrition. Les moyens thérapeutiques n'ont peu de prise sur le diabète pancréatique, tandis qu'ils une action sur le diabète arthritique.

. Lancereaux conclut en disant que la solution du pro- ne concernant le diabète n'est encore qu'ébauchée ; s qu'en travaillant, en continuant les recherches, on vera certainement à des connaissances exactes sur ce et, et à des résultats pratiques.

n résumé, dit-il, il y a eu dans l'histoire du diabète : ne phase empirique ; 2° une phase expérimentale bulbo- atique ; 3° une phase clinique qui a montré que les ctions diabétiques ne sont pas identiques ; 4° une phase créatique qui apprend qu'une forme du diabète est le ultat de la suppression de la sécrétion interne du pan- s et établit une relation entre le diabète pancréatique diabète nerveux ; à part se place le diabète arthri- e qui a probablement une nature et une cause diffé- es.

(*A suivre.*) Dr Deléage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Du traitement de l'anus contre nature. — M. Zancarol (d'Alexandrie).

Des adhérences hépato-stomacales. — M. Terrier. Femme ayant des troubles gastriques, hématémèse, à laquelle je fis une laparotomie grâce à laquelle je pus détacher des adhérences unissant le foie à l'estomac. A la suite de cette intervention, les troubles gastriques cessèrent et depuis sept mois cette amélioration proche de l'état normal a persisté.

Les observations analogues sont encore assez rares où le chirurgien a vu disparaître les accidents à la suite de la destruction des adhérences.

M. Bazy. Je peux citer deux observations d'adhérences de l'estomac dont la destruction a pu donner de bons résultats. Dans un fait où il existait une hernie étranglée, je ne fis que réséquer une bride épiploïque attachée au fond du sac, la malade engraissa et quelques mois après n'était plus reconnaissable. Dans un autre, la malade était atteinte de kyste de l'ovaire, présentant des adhérences avec l'épiploon. La malade guérit et tous les troubles gastriques antérieurs disparurent après la destruction des adhérences. La malade auparavant vomissait, ne pouvait s'alimenter et avait même présenté des hématémèses

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Nouveau procédé opératoire de gastrostomie. — M. F. Villars (de Bordeaux).

M. Lucas-Championnière. Depuis déjà des années nous avons discuté cette question importante des adhérences.

Cependant je veux citer une observation nouvelle. Un malade qui, deux ou trois heures après le repas, était en proie à des crises douloureuses épouvantables, devenu morphinomane et au dernier degré de marasme, fut opéré avec le diagnostic de cystite biliaire. La laparotomie montra des adhérences dures comme le bois entre le côlon transverse, l'estomac et le foie, qui demandèrent une heure de dissection. Le malade a très bien guéri, non seulement de ses douleurs, mais encore de sa morphinomanie.

Il ne semblait pas qu'il y eut dans son histoire une cause quelconque à ces adhérences. Mais en remontant avec soin dans sa vie antérieure, on trouve qu'à un moment donné, il avait rendu du pus dans les selles. On pouvait donc, à bon droit, supposer qu'il y avait eu un abcès du foie qui avait déterminé les adhérences qui furent cause des accidents gastriques.

Rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cæcale. Resection du cæcum ; entérorrhaphie ; guérison — M. Richelot fait un rapport sur un travail portant ce titre de M. Hartmann.

Le cas était relativement simple, ce qui est assez fréquent depuis que l'on n'attend plus que les malades soient à moitié morts pour les opérer.

M. Lucas-Championnière. L'abouchement complet par l'entérorrhaphie est généralement très difficile à faire. L'opération est laborieuse et je ne vois pas bien comment on pourrait appliquer un bouton de Murphy, et les règles à appliquer sont bien difficile à établir soit que l'on opère pour des lésions inflammatoires, soit pour des lésions cancéreuses.

M. Richelot. Les difficultés me paraissent, au niveau du

cæcum moins grandes que ne semble le dire M. Champion nière. Le calibre trop grand de l'intestin me paraît faciliter l'application du bouton de Murphy, puisqu'il permet de pelotonner en quelque sorte la paroi intestinale autour du bouton.

M. Th. Anger. Il y a deux ans, j'ai présenté une malade à laquelle j'ai réséqué le cæcum. Chez elle l'intestin grêle était hypertrophié et le cæcum fortement anémié. J'ai eu les plus grandes difficultés à faire la réunion.

La malade eut, quelques mois après, une récidive dans la paroi abdominale.

Rupture musculaire du moyen adducteur. — Suture en étage du muscle. — Présentation du malade par M. Delorme.

Fracture de jambe vicieusement consolidée. Résection. Greffe osseuse. Guérison. — Présentation de malade par M. Delorme.

Tumeur mixte sacro-coccygienne de 530 grammes, adhérente au sacrum et au coccyx. Résection. Ablation. Guérison — Présentation de pièce par M. Broca.

Péritonite tuberculeuse opérée il y a trois ans. Nouvelle laparotomie permettant de constater la persistance de la guérison de la péritonite pour occlusions intestinales. Guérison. — Présentation de malade par M. Routier.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE
ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 octobre 1894. — Présidence de M. Pinard.

La bicyclette au point de vue de l'hygiène. — M. Damain, bicycliste lui-même, en rapport constant avec les bicyclistes professionnels, hommes et femmes, n'a jamais trouvé chez eux de troubles fonctionnels ou de lésions graves pouvant être attribués à l'usage même immodéré de cet instrument. Si quelquefois il a pu trouver des troubles, presque tous étaient dus aux défectuosités de la selle. Les coureurs en effet, pour diminuer le poids de l'instrument, arrivent à avoir des selles microscopiques. Celles-ci, étroites et rigides, viennent appuyer sur le périnée, de là des troubles du côté des organes génito-urinaires, tels que chronicité d'une blennorrhagie antérieure, reparaissant dès que le coureur reprenait ses exercices; quelques douleurs prostatiques. De là, la nécessité qu'il y aurait à demander à la Société, de réclamer, au point de vue de l'hygiène, la modification de la selle de la bicyclette.

M. F. Verchère. (V. ci-dessus, p. 689.)

M. Hogg rend compte de l'enquête qu'il a faite auprès d'un certain nombre de médecins, au point de vue des inconvénients de la bicyclette chez la femme, enquête dont nous avons donné le résumé dans un précédent numéro. (V. *Francem édicale*, n° 39, p. 621).

M. Gariel. J'ai peu de choses à dire après le discours de M. Verchère. Il ne faut pas s'appuyer sur la selle, il ne faut appuyer que sur les ischions dans la position qui a été indiquée par M. Verchère. Il ne faut pas se mettre à califourchon sur la selle.

Le frein, comme l'a dit M. Verchère, est absolument nécessaire. Je laisse de côté les professionnels. Un kilogramme de plus ou de moins sur sa bicyclette, pour un amateur, cela ne compte pas. Quand nous montons à bicyclette, c n'est pas la bicyclette seule qui marche, c'est nous, plus bicyclette ; la différence de poids du frein est absolume sans importance.

Un point n'a pas encore été abordé. On a beaucou fait valoir contre la bicyclette la position penchée que pren nent les bicyclistes. Pour les amateurs, il n'est pas néces saire de se pencher, on doit se tenir droit ou à peu pr droit. Ce n'est pas qu'il y ait grand inconvénient à se teni penché. Quand un bicycliste se penche, c'est justemen parce qu'il a à faire agir tous les muscles du thorax ; les mem bres prennent plus de développement. L'usage prolong de la bicyclette donne des ampoules aux mains, parce qu les muscles agissent fortement. Les professionnels, qu se tiennent fortement penchés sur leur bicyclette, se tien nent absolument droits en dehors de cela.

Les gens qui parlent contre la bicyclette sont presqu toujours des gens qui n'ont pas fait de bicyclette. Il y a la bicyclette de très grands avantages; je n'y vois pas d'in convénient si on n'en abuse pas. Il faut éviter cependan que les jeunes gens au moment de la croissance cherchen à atteindre une trop grande vitesse.

Quant à la bicyclette chez les femmes, je suis beaucou moins bien renseigné. Cependant j'ai vu un assez gran nombre de femmes et de jeunes filles qui font de la bicy clette ; je n'ai pas encore observé d'inconvénients et j' ai vu des avantages.

La fatigue qu'on éprouve est réellement très peu d chose ; on est étonné du chemin que l'on peut faire san éprouver de fatigue. Au commencement, il est vrai, il n'e est pas de même, parce qu'on se donne beaucoup trop d mal, parce qu'on fait agir des muscles qu'il n'est pas né cessaire de faire agir.

M. Azoulay croit que la bicyclette a de grands avantage pour les gens qui travaillent de l'esprit et pour la class ouvrière.

M. Dupuy. La forme de la bicyclette n'a pas grand' chos à faire dans les urétrites qu'ont certaines bicyclistes. Che les personnes âgées atteintes d'hypertrophie de la prostate la question est plus discutable, cependant de nombreu exemples montrent que, sur ce point même, il ne faut pa avoir trop d'appréhensions.

M. Stapfer. Par analogie avec les mouvements que Brand fait faire pour congestionner ou décongestionner le bassi de la femme, je crois que la bicyclette peut, dans certain cas, amener la congestion ou la décongestion. Dans un ca j'ai conseillé la bicyclette à une femme qui n'avait ses règle que toutes les six semaines; chez cette femme les règles s rapprochent de plus en plus de la période de 28 jours. Le mouvements nécessités par la bicyclettes ont en général e effet congestionnants.

M. Lepage. Je désire surtout parler de la bicyclette a point de vue du traitement de l'obésité. La bicyclette est u bon exercice parce que tous les muscles entrent en fonction La bicyclette est supérieure à la marche, parce que le obèses n'aiment pas marcher, tandis qu'en bicyclette o fait des courses assez grandes. Un bicycliste obèse, am très intime de M. Lepage, est en même temps atteint de va rices ; il ne peut faire 1 kilomètre à pied, tandis qu'il peu facilement faire 60 à 80 kilomètres en bicyclette, et même quand il descend de sa bicyclette, il est beaucoup plus apt à marcher qu'auparavant.

Quant aux complications possibles du côté des organes nitaux, il faudrait de nombreux exemples pour autoriser ›river la femme de l'exercice qu'elle peut faire à bicy-tte.

M. le Roy des Barres. Je viens d'accoucher une femme i, pendant les trois premiers mois de sa grossesse, a fait la bicyclette, ignorant l'état dans lequel elle se trouvait; e est accouchée un peu prématurément, en avance de inze à vingt jours, mais le plus important c'est que l'en-t a eu des malformations.

M. Pinard. La question de la bicyclette chez la femme est s complexe. J'ai 7 observations concernant des femmes 'on peut diviser en deux catégories Les 3 premières ient des professionnelles ; les 4 autres étaient des ama-rs qui n'ont jamais dépassé 12 à 15 kilomètres, toutes 7 ont présenté les mêmes symptômes, sans qu'on put voquer aucune autre cause que la bicyclette. Les 3 pro-sionnelles ont été prises sur la selle d'un faux besoin défécation avec une douleur terrible, il s'agissait d'une roversion de l'utérus.

Chez les 4 autres femmes, les mêmes phénomènes se sont oduits avec moins de brusquerie et d'intensité. Chez ces emmes l'exercice de la bicyclette seule a pu produire te rétroversion de l'utérus.

Pendant la grossesse plus la femme est calme, plus la ossesse est bonne et plus l'enfant se porte bien. Mais en hors de la grossesse, lorsqu'une femme me demande si e peut monter à bicyclette, je lui réponds : oui, si vous ez de l'antéversion ; non, si vous avez de la tendance à la roversion.

M. Napias. Ce qui a été dit ce soir n'est pas susceptible ine conclusion immédiate. Il est regrettable cependant on n'ait pas posé la question de la sorte : l'exercice de la cyclette est un exercice physique. Donc il ne faut pas en user, mais il ne faut pas l'interdire aux nombreuses rsonnes auxquelles il peut être utile.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

ance du 10 *octobre.— Présidence de M. le* Dr Verchère

Le procès-verbal de la séance ordinaire du 11 juillet, et la séance extraordinaire de 12 septembre, motivée par faire du Dr Lafitte, est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre d'excuses de Ducor et de M. le Dr Jasiewicz ; une lettre de M. le Dr Be-çon président de la Société de Boulogne-sur-Seine, re-ive à un cas d'exercice illégal, dont il sera question plus n.

L'ordre du jour porte en premier lieu l'affaire du Dr La-e. Il est donné d'abord connaissance des démarches faites a suite de la réunion de septembre. L'adresse votée dans dernière séance fut portée au journal l'*Éclair* qui s'em-essa de la publier et à l'avocat de notre confrère, M. Gau-er (de Clagny). D'autre part, M. le Président signait au m du Conseil la pétition adressée par le Bureau de la esse médicale pour obtenir la grâce de notre confrère. Le reau reste à la disposition du Conseil pour faire telle marche qui pourra être utile.

A propos de la souscription faite en faveur de la mère des enfants du Dr Lafitte, la réunion décide que le Conseil n'a pas qualité pour s'imposer extraordinairement, n'étant lui-même que la réunion de toutes les Sociétés. Il est décidé qu'en dehors des souscriptions volontaires que chacun de ses membres peut s'imposer, il y a lieu d'inviter les sociétés à voter une somme prise sur ses fonds. Plusieurs sociétés, le XVIe, le XIIe ont déjà voté des fonds. Cet argent sera adressé au Trésorier du Conseil, M. le Dr Genesteix, 21, rue de Tournon, qui se chargera de faire parvenir les fonds à la commission chargée de centraliser les souscriptions.

Exercice illégal de la médecine. Affaire Shickélé dite Dr Verneuil — Le Conseil a déjà eu à s'occuperde cette affaire dans le courant de l'année. Une plainte fut adressée au Procureur signalant le fait d'exercice illégal malgré une condamnation antérieure. En dehors du fait public, à l'appui de cette plainte, il était fourni un extrait du rôle des contributions de ladite dame Shickelé. La preuve n'a pas paru suffisante et le Parquet faisait répondre à notre président par l'intermédiaire du Commissaire de police qu'il fallait fournir des preuves plus certaines, telles que des ordonnances, faits publics devant témoins, etc. Aujourd'hui les preuves sont réunies et une nouvelle action est intentée.

A ce sujet, M. le Dr Putel rappelle que c'est lui, président du Conseil d'alors, qui fut chargé de la poursuite. La dite dame fut bien condamnée à un an de prison et 500 francs d'amende, mais cette condamnation lui avait surtout été infligée pour une lettre d'injures qu'elle avait adressée au président du Tribunal. Il est certain d'ailleurs, qu'elle n'a ni fait de prison, ni payé son amende.

M. le Secrétaire général, reprenant la proposition faite par M. Genesteix au sujet d'une réunion plénière à faire en décembre, demande que l'on veuille bien prendre les décisions que comporte une réunion de cette nature.

Après discussion il est décidé que cette réunion, dont le but est de réunir tous les membres des Sociétés formant le Conseil Général, aura lieu le dimanche 16 décembre 1894, à la Faculté de médecine, à 2 heures de l'après- midi. Les convocations seront adressées à chacun des membres par les soins du Bureau de chaque Société, en même temps que la convocation à la séance qui précédera la réunion extraordinaire.

Dans cette séance, il sera fait un résumé des travaux du Conseil. Des propositions nouvelles tendant à développer les associations médicales seront faites. La discussion aura un caractère général ; mais pour le bon ordre de la discussion, il est décidé que le Bureau sera saisi des propositions nouvelles que les membres voudront bien faire, quinze jours avant la séance.

M. le Dr Lecoin propose comme modification aux statuts du Conseil le vœu suivant :

« Les membres du Conseil, continuent à en faire partie, même lorsqu'ils ont cessé d'être présidents ou secrétaires généraux de leurs Sociétés respectives et cela sans limite de durée. »

Le vœu est adopté.

La séance prochaine aura lieu le premier mercredi de novembre.

Le Secrétaire général : Dr Cayla.

VARIÉTÉS

La statue de Claude Bernard

Laissant à notre distingué collaborateur le Dr Deléage (de Vichy) le soin de rendre compte du Congrès de médecine interne, qui vient de se réunir à Lyon, je m'étais réservé le plaisir d'assister à l'inauguration de la statue de Claude Bernard que les Lyonnais, très fiers et à juste raison de leurs nombreux grands hommes, viennent d'ériger au centre de la Cour d'honneur de la nouvelle faculté de médecine. Lyon n'est pas une ville précisément folâtre ; l'exposition, dite internationale, qui va fermer ses portes, rappelle de très loin notre exposition de 1889, mais, en n'y passant qu'un jour on peut facilement faire à Lyon une visite agréable et surtout très instructive. D'ailleurs, avec le temps que nous avons actuellement à Paris, les éternels brouillards de Lyon, par comparaison, paraissent moins pénibles ; aussi j'ai bravement débarqué dimanche matin dans la seconde ville de France. Pour ne pas chagriner le chauvinisme bien connu de nos amis lyonnais, je dis seconde uniquement au point de vue du chiffre de la population.

La cérémonie devait avoir lieu à 9 heures, heure un peu hâtive pour une cérémonie qui devait grouper toutes les autorités lyonnaises et toutes les délégations, surtout après la brillante soirée offerte la veille par le professeur Gailleton, maire de la ville ; mais comme on ne comptait pas trop sur le soleil, l'heure n'importait guère. Après les ablutions nécessitées par ce voyage de 512 kilomètres, nous avons même eu le temps de visiter, avant l'inauguration, les bâtiments de la Faculté de médecine, très monumentale, admirablement installée et que Paris pourrait envier à bien des points de vue. Nous avons pu ainsi assister à l'arrivée des principaux invités et au défilé du cortège.

Une petite pluie fine, très couleur locale, était exacte au rendez-vous et, peu avant 9 heures, s'apprêtait à refroidir l'enthousiasme des populations s'il s'en manifestait par mégarde ; mais c'était une précaution inutile ; l'assistance officielle était médiocrement nombreuse et par delà les grilles une centaine de personnes à peine manifestaient en silence un certain étonnement. D'ailleurs la gloire de Claude Bernard est bien trop vraie et trop pure pour susciter l'admiration des masses et lors de l'inauguration de la statue placée à Paris devant le Collège de France, il y a une douzaine d'années, les choses se passèrent à peu près de la même façon.

Le cortège, assez maigre, par le nombre des figurants s'entend, est sorti peu avant 9 heures 1/2.

Au milieu des habits à palmes vertes des membres de l'Institut, MM. Joseph Bertrand, Brunetière et Gaston Boissier, des robes rouges des professeurs de Facultés de médecine, MM. Bouchard de Paris, Gailleton, Lortet, Pierret, Renaud, etc., de Lyon, de l'habit galonné du préfet du Rhône, M. Rivaud et du sous-préfet de Villefranche, des costumes relativement très simples des militaires représentés surtout par le général Voisin gouverneur militaire de Lyon, le général Pedoya, le médecins principaux Kelsch et Viry, directeur et sous directeur de l'école de médecine militaire, de quelques professeurs étrangers, de plusieurs religieux et d'un certain nombre de civils, on se montrait avec quelque étonnement le costume moins élégant que pittoresque du professeur Koschwitz, délégué de la plus vieille université allemande, l'université de Greifswald, en Poméranie : un jupon noir, surmonté d'une pèlerine rouge toute brodée d'or, dont la bordure portait en lettres d'or le nom de l'université, puis surtout un mignon petit chapeau à bords plats, rouge et également brodé d'or, tranchant agréablement sur la grande barbe de ce vénérable confrère

Dès que les invités furent installés sous la tente de velours rouge crépiné d'or placée à gauche de la Cour d'honneur, M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, prit le premier la parole et peu après, les voiles qui recouvraient la statue étant écartés, Claude Bernard apparut aux yeux de ses concitoyens.

La statue est l'œuvre d'un sculpteur lyonnais, M. Aubert. Claude Bernard, debout et tête nue, examine dans sa main gauche une grenouille et tient dans sa droite une lancette avec laquelle il s'apprête à faire une inoculation de curare. Un large tablier le recouvre et, peu de distance, les ouvriers lyonnais pourront se figurer que l'on a voulu rendre hommage au brave maçon qui a construit la Faculté et qui regarde avec tant de soin un échantillon du mortier dont il va se servir.

Après M. Lortet, qui parlait au nom du Comité de souscription, M. Ferdinand Brunetière a parlé au nom de l'Académie française et a produit une profonde impression. Des discours ont ensuite été prononcés par MM. Chauveau au nom de l'Académie des sciences et du Muséum d'histoire naturelle, Kelsch, directeur de l'école de santé militaire, délégué de l'Académie de médecine ; Dastre, au nom de la Faculté des sciences de Lyon ; Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon et Laborde, délégué de la Société de biologie de Paris.

A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1894-95 — *Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 3 novembre* 1894 :

COURS. *Chimie médicale.* — M. Gautier. — Chimie organique appliquée à la médecine. — Jeudi et samedi à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — La digestion, l'assimilation et la désassimilation. — Mardi à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

Anatomie. — M. Farabeuf. — Etude anatomique, physio

gique et chirurgicale des articulations. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias Duval. — La cellule et les tissus en général. — Le système nerveux et les organes des sens. — Le système musculaire. — Le sang et les vaisseaux. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Physiologie. — M. Richet (M. Gley, agrégé chargé de cours). — Circulation. — Respiration. — Mécanique et chaleur animales. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Delbet, agrégé, suppléant). — Pathologie chirurgicale générale). — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Terrier. — Chirurgie de la face, du cou et du thorax. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy. — Maladies de l'appareil digestif. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Straus. — Maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. — Principales maladies d'origine bactérienne. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Cornil. — Anatomie pathologique des systèmes respiratoire et circulatoire. — Lundi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre). Mercredi, à 4 heures (Ecole pratique).

Thérapeutique et matière médicale. — M. Landouzy. — Les indications thérapeutiques et des médicaments dans les affections du cœur, du rein. — De la médication antiseptique dans les affections du tube digestif. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie. — M. Pouchet, — Alcaloïdes (2e partie). — Glucosides. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie).

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulène. — Histoire des grandes époques médicales jusqu'à nos jours. — Histoire des maladies parasitaires. — Biographies et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES. — *Cliniques médicales.* — M. G. Sée. — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel Dieu). — M. Potain. — Mardi, mercredi, à 10 heures (à la Charité). — M. Jaccoud. — Mardi, samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — M. Hayem. — Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales. — M. Duplay. — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — M. Le Dentu. — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker). — M. Tillaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité). — M. Berger. — Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié.)

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy. — Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher. (M. Marfan, agrégé, chargé de cours.) — Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Fournier. — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond. — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. Panas. — Lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon. — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Tarnier. — Mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). — M. Pinard. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

CONFÉRENCES. — *Physique médicale.* — M. Weiss, agrégé. — La méthode graphique. — Théorie physique de la vision. — Chaleur animale. — Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Histoire naturelle. — M. Heim, agrégé. — Parasites et maladies parasitaires. — Animaux venimeux. — Venins. — Intoxications alimentaires. — Produits animaux utilisés en thérapeutique. — Application de la zoologie à la médecine légale. — Organisation des vertébrés envisagée comme introduction à l'étude de l'anatomie et de la physiologie humaines. — Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie interne. — M. Charrin, agrégé. — Les maladies infectieuses générales. — Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie externe. — M. Jalaguier, agrégé. — Tissus. — Os. — Articulations. — Vaisseaux. — Nerfs. — Membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé. — Lèpre. — Lupus et tuberculoses cutanées. — Dermatoses suppuratives. — Teignes et dermatoses parasitaires. — Dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Hygiène. — M. Netter, agrégé. — Etiologie et prophylaxie des maladies épidémiques. — Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

Obstétrique. — M. Bar, agrégé. — La grossesse. — Accouchement normal. — Suites de couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveau-nés. — Pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie. — (Cours du chef des travaux anatomiques.) — M. Poirier, agrégé. — Anatomie topographique. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

TRAVAUX PRATIQUES. — *Physique.* — M. Weiss, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi de 4 heures à 6 heures (Ecole pratique).

Chimie. — M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (Ecole pratique).

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques : zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique).

Anatomie. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosec-

teurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique).

Histologie. — M. Remy, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie normale. - Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 2 1/4 à 4 heures (Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique).

Légion d'honneur. — M. le Dr Roux est promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Ses collaborateurs, MM. Martin et Chaillou, Mme Daussoir, surveillante du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Assistés, sont nommés officiers d'Académie. Mme Gigot, surveillante du pavillon des diphtériques à l'hôpital Trousseau, a reçu la médaille d'or des épidémies.

Distinctions honorifiques. — Par divers arrêtés ministériels, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Pillault, professeur à l'École de médecine de Limoges; Doré, médecin à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Gros (de Boulogne-sur-Mer); Perrier (de Valleraugues); Gustin (de Noirmoutiers); Raimbert (de Châteaudun); Villemin (d'Épinal); Brallet de Thillot; Géhin (de Saulxures); Audoynaud (de Nantes).

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours de l'internat se compose de la façon suivante : MM. Darier, Tapret, Delens, Th. Anger, Guérin, Boissard et Thoinot. — Le concours s'est ouvert mercredi 24 octobre. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Voies biliaires intra et extra-hépatiques. — Symptômes et complications de la lithiase biliaire. »

Questions restées dans l'urne : « Testicule. Orchites infectieuses. — Veine-porte. Complications du diabète. »

Le jury du concours de l'externat se compose de la façon suivante :

MM. Ménétrier, Duflocq, Queyrat, Albarran, Beurnier, Guinard et Beclère.

Concours des prix de l'internat. — Les jurys des deux concours pour la médaille d'or sont ainsi composés :

Médecine : MM. Danlos, Thibierge, Hip. Martin, Gilbert, Tillaux.

Chirurgie : Gérard Marchant, Marchand, Guyon, Troisier, Doleris.

Mutations dans les services des hopitaux. — Les mutations dans les services des hôpitaux ont d'habitude lieu à la fin de l'année. En raison de la nouvelle organisation du stage hospitalier, la Société médicale des hôpitaux a décidé de procéder dès le mois de novembre à ces mutations. Les médecins des hôpitaux seront appelés à choisir, suivant le mode de roulement ordinaire, les places vacantes par suite de décès ou de mise à la retraite. Toutefois, les changements effectifs n'auront lieu qu'à la date habituelle, c'est-à-dire le 25 décembre.

Le mouvement dans les services de médecine sera assez important cette année. Il n'y a pas, en effet, moins de 10 à 11 places vacantes :

Deux à l'Hôtel-Dieu, par suite de la retraite de MM. Bucquoy et Lancereaux, atteints par la limite d'âge.

Une à la Charité, par suite de la démission de M. Brouardel.

Une à Saint-Louis, par suite du décès de M. Quinquaud.

Une à Cochin par suite du décès de M. Juhel-Renoy.

Une aux Enfants malades, par suite du décès de M. Ollivier.

Une à l'hôpital Trousseau, par suite du décès de M. Legroux.

Une à la Salpêtrière, par suite de la nomination de M. Raymond à la chaire de clinique des maladies nerveuses.

Une à la Maison de santé, par suite de la démission de M. Lecorché.

Il y aura peut-être encore une place à remplir à Saint-Louis, si, comme on le dit, M. Besnier donne sa démission.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le ministre de l'Intérieur vient de renvoyer à l'examen du conseil supérieur de l'Assistance publique une demande d'avis relative à la tenue des crèches publiques ou privées.

En même temps, le ministre a décidé de saisir le conseil supérieur de deux questions qui seront préalablement étudiées par des commissions spéciales : l'une de ces questions a trait aux modifications qu'il conviendrait d'apporter au règlement modèle des orphelinats et ouvroirs annexés aux établissements publics d'assistance; l'autre concerne le régime des économats, spécialement dans les établissements soumis aux dispositions de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

L'affaire Laffitte. — Lundi, le président de la République a reçu les membres de la délégation de la presse médicale qui ont été présentés à M. Casimir-Périer par M. le Dr Cornil.

Ces messieurs ont remis au Président de la République un mémoire tendant à démontrer la parfaite innocence du Dr Laffitte, condamné par le jury pour complicité dans une affaire d'avortement. M. Casimir-Périer a promis aux membres de la délégation d'examiner avec la plus scrupuleuse attention et beaucoup de bienveillance le mémoire et de l'envoyer ensuite au ministère de la Justice pour être remis à la Commission des grâces.

Nous avons la vive satisfaction d'annoncer qu'après examen de ce dossier, le Président a signé, mercredi soir, la remise totale de la peine prononcée contre notre confrère.

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie reprendra ses séances à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 8 novembre à 9 heures.

Elle tiendra, le 15 novembre, une séance supplémentaire.

Nécrologie. — Le Dr Terrier de Lacouperie, médecin français récemment naturalisé anglais et mort de la fièvre typhoïde à Chelsea près de Londres. Professeur d'indo-chinois à University College de Londres, notre confrère était surtout connu par sa connaissance approfondie du chinois et de ses dialectes et il avait acquis une autorité incontestable en fait de religion et de littérature thibétaines. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Legroux, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Trousseau, qui a succombé le mardi 23 octobre, à l'âge de 54 ans. — Le Dr Desormeaux (Antonin), chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, l'inventeur de l'endoscope, décédé à l'âge de 79 ans. — Le Dr Demontporcelet (de Paris), reçu en 1874. — Le Dr A. Desmares, de Bayeux. — Le professeur Ludwig Mauthner, professeur d'ophthalmologie à l'université de Prague, sa ville natale, vient de mourir à l'âge de 54 ans. Mauthner a beaucoup écrit et son nom restera certainement dans l'histoire de l'ophthalmologie.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux.— **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*